

فهرست

پیشگفتار.....	۹
فصل ۱: تفسیر ضایعات دهان.....	۱۱
فصل ۲: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات زخمی دهان.....	۲۱
فصل ۳: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات برجسته دهان.....	۵۱
فصل ۴: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات سفید دهان.....	۸۳
فصل ۵: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات قرمز دهان.....	۱۱۵
فصل ۶: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات پیگمانته دهان.....	۱۳۵
فصل ۷: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات بالقوه بدخیم دهان.....	۱۵۳
فصل ۸: طبقه‌بندی و تشخیص ضایعات بافت سخت (استخوانی) دهان.....	۱۶۵
منابع.....	۲۰۳
واژه‌یاب.....	۲۰۵

■ تقدیم به استاد ارجمند جناب آقای دکتر عباس جوادزاده بلوری

تشکر

نویسندگان این کتاب بر خود لازم می‌دانند از تک تک اعضای هیات علمی گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی که به نحوی در تهیه این مجموعه همراهی و همفکری نموده‌اند تشکر نمایند. در این میان تشکر ویژه‌ای می‌گردد از جناب آقای دکتر حمیدرضا خلیقی که نقش بسیار مهمی در آغاز، ادامه و به سرانجام رسیدن این متن علمی داشته‌اند و همچنین مایه افتخار است که قسمت عمده‌ای از پیشگفتار پیشرو به قلم ایشان به نگارش در آمده است.

پیشگفتار

اصولا از حفره دهان بعنوان کانونی برای تعامل میان بدن و محیط اطراف آن یاد شده است و سلامت آن شاخصی از سلامت عمومی بدن در نظر گرفته می‌شود. به همین شکل ضایعات حفره دهان نیز می‌توانند از یک علت موضعی ساده نظیر وجود یک عامل تحریکی مانند تیزی لبه شکسته دندان تا حضور یک بیماری سیستمیک مهم که تهدید کننده حیات بیمار است متفاوت باشند. این طیف گسترده از عوامل بیماری‌زا سبب می‌شود تا در مواردی دندانپزشکان در تشخیص و درمان ضایعات مخاط دهان احساس سردرگمی و عدم اطمینان داشته باشند. نکته دیگری که می‌باید مد نظر قرار داد، این است که با توجه به شیوع زیاد مشکلات دندانی نظیر پوسیدگی و تنوع درمان‌های لازم برای رفع آنها، اغلب بیمارانی که دچار ضایعات مخاطی (غیر دندانی) هستند کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. نمونه بارز این غفلت در تشخیص دیررس سرطان دهان و یا ضایعات پیش سرطانی نمود پیدا می‌کند به طوری که این تاخیر در تشخیص، یکی از دلایل مهم مرگ و میر ناشی از این پدیده می‌باشد.

در حیطه تشخیص ضایعات دهان کتب ارزشمند و معتبر بسیاری وجود دارد ولی از آنجا که تقریباً تمامی این کتب فاقد تقسیم‌بندی‌های کلینیکی می‌باشند، حجم بالای اطلاعات ارائه شده در آنها خود ممکن است سبب سردرگمی و دشواری امر تشخیص گردد. بر این اساس به منابعی نیاز است که با دسته‌بندی اطلاعات معتبر بتوانند دندانپزشکان را در بالین بیماران دارای ضایعات دهان راهنمایی نمایند. با آنکه این نیاز در حوزه‌های دیگر علوم پزشکی بوسیله ارائه راهنماها از سوی انجمن‌های علمی معتبر و کتب تشخیص افتراقی بیماری‌ها تا حدودی برطرف شده است اما در رابطه با ضایعات دهان منابع آنچنان غنی نمی‌باشند. از این رو کتاب حاضر با هدف ارائه اطلاعات طبقه‌بندی شده و با رویکردی بالینی به نگارش در آمده است به طوری که دندانپزشکان قادر باشند با دیدن ظاهر ضایعات و در نظر گرفتن تاریخچه بروز آنها و از طریق الگوریتم‌های ارائه شده در بخش مربوط به آن ضایعه، مراحل مرتبط با روند تشخیص را طی کنند. بر این اساس ضایعات دهانی با رویکردی الگوریتم محور به دو دسته کلی شامل ضایعات بافت نرم (مخاطی) و سخت (استخوانی) تقسیم شده‌اند که در این میان ضایعات بافت نرم خود دارای پنج زیر گروه می‌باشند که عبارت‌اند از: ضایعات زخمی، ضایعات اگزوفتیک یا برجسته، ضایعات سفید رنگ، ضایعات قرمز رنگ و پیگمانته. همچنین ضایعات استخوانی نیز براساس نمای رادیوگرافیک خود در سه زیر شاخه ضایعات رادیولوسنت، رادیولوسنت-رادیوپاک/رادیوپاک و تحلیل منتشر تقسیم‌بندی شده‌اند که در ادامه به تفکیک در فصول مختلف مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت.

در پایان امید است کتاب حاضر مورد توجه و کاربرد دندانپزشکان، دانشجویان و کلیه علاقمندان این حوزه قرار بگیرد و همچنین شرایطی فراهم گردد تا با بازخوردهای عالمانه، در چاپ‌های بعدی اشکالات احتمالی رفع گردیده و همگام با پیشرفت‌های علمی اطلاعات این مجموعه نیز به روزرسانی گردد.

مؤلفین

تابستان ۱۴۰۰

قبل از مطرح کردن هرگونه تشخیصی می‌باید اطلاعاتی که از طریق معاینات و ارزیابی ضایعات به دست می‌آیند، به زبان علمی تفسیر شوند. برای این منظور لازم است اصطلاحاتی خاص مورد استفاده قرار گیرند که در سطح بین‌المللی پذیرفته شده باشند. هر یک از این اصطلاحات ضمن تفسیر ظاهر ضایعه گاهی اطلاعات مهمی از ماهیت و حتی فیزیوپاتولوژی آن را نیز مشخص می‌نمایند. تفسیر یک ضایعه از دو جهت دارای اهمیت است. اولاً از طریق آن می‌توان روند طبقه‌بندی و تشخیص یک ضایعه را در کلینیک طرح‌ریزی کرد و از سوی دیگر در مواردی که نیاز به مشاوره‌های بین رشته‌ای و حتی درون رشته‌ای پیش می‌آید، تفسیر درست و مبتنی بر اصطلاحات و تعاریف مشخص باعث می‌شود ویژگی‌های ضایعه توسط طرف مورد مشاوره به راحتی قابل فهم شود. این اصطلاحات به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند؛ مواردی که به طور عام مورد استفاده قرار می‌گیرند و آن دسته از اصطلاحاتی که به طور خاص و بر اساس طبقه‌بندی ضایعات از آنها استفاده می‌شود. به عنوان مثال اصطلاحات مرتبط با اشکال مختلف زخم و یا انواع ناصافی سطوح ضایعات اگزوفیتیک (برجسته) و یا همچنین الگوها و نماهای مرتبط با ضایعات سفید رنگ دهان. اینها مواردی می‌باشند که برحسب شرایط هر ضایعه تعریف و به طور اختصاصی استفاده می‌شوند. از این رو در این فصل به تعریف تعدادی از پر کاربردترین موارد مرتبط با اصطلاحات عام پرداخته می‌شود و به سایر موارد به طور اختصاصی در فصول مربوط به آنها اشاره خواهد شد.

ماکول و پچ (Macule and Patch)

ماکول به تغییر رنگی در پوست یا مخاط اشاره دارد که قطر کمتر از یک سانتی‌متر داشته و کاملاً مسطح باشد به طوری که در هیچ قسمتی از کانتور طبیعی بافت، خارج نشده باشد و اما پچ به ماکولی گفته می‌شود که ضمن داشتن تمامی مشخصات ذکر شده، اندازه‌ای بیشتر از یک سانتی‌متر داشته باشد (شکل ۱). بنابراین در این دو تعریف، صرفاً اندازه ضایعه ملاک تفکیک این دو اصطلاح است.

در تعریف دیگری که در خصوص این دو واژه وجود دارد، ماکول فارغ از اندازه‌ی آن به تغییر رنگی گفته می‌شود که کاملاً مسطح است و پچ تغییر رنگی است که در سطح دچار تغییراتی شده، به گونه‌ای که کاملاً مسطح نمی‌باشد و به نظر می‌رسد در برخی نواحی برجستگی‌های ظریفی در حال شکل گرفتن است. به عبارت دیگر ماهیت سطح ضایعه نسبت به پوست یا مخاط اطراف آن در حال تغییر است. همانطور که مشاهده می‌شود در این تعریف اندازه مطرح نمی‌باشد.



شکل ۱. پچ پیگمانته با حاشیه نامنظم و رنگ غیر یکنواخت در لثه چسبنده.

شناخت این دو اصطلاح در تفسیر و تشخیص ضایعات پیگمانته حفره دهان جایگاه مهمی دارد. به عنوان مثال تغییر رنگی مسطح و قهوه‌ای در مخاط کام و با ابعاد کمتر از یک سانتی‌متر به عنوان ماکول ملانوتیک تشخیص داده می‌شود (شکل ۲). اما همین تغییر رنگ اگر به سمت تبدیل شدن به یک پچ پیش رود می‌تواند تشخیص‌های دیگری از جمله ملانوم را به ذهن بیاورد؛ چراکه در ملانوم اندازه تغییر رنگ افزایش می‌یابد و نیز در سطح ضایعه برجستگی‌هایی شروع به ایجاد شدن می‌کند. بنابراین در صورتی که تاریخچه یک ضایعه پیگمانته، تغییر آن از سمت ماکول به سمت پچ را نشان دهد دندانپزشک می‌باید با دقت و وسواس بیشتری بیمار را تحت نظر داشته و بررسی‌های دقیق‌تری را انجام دهد.



شکل ۲. ماکول ملانوتیک در مخاط باکال.

پاپول و پلاک (Papule and Plaque)

پاپول به برجستگی‌های توپُر^۱ بسیار ظریفی اشاره دارد که عرض قاعده آن‌ها کمتر از یک سانتی‌متر و پلاک به برجستگی‌های مشابهی گفته می‌شود که عرضی بیشتر از یک سانتی‌متر داشته باشد (شکل ۳). پلاک می‌تواند به صورت مجموعه‌ای به هم پیوسته از تعداد زیادی پاپول باشد و یا اینکه فارغ از حضور پاپول دیده شود.

1. Solid



شکل ۳. الف) پاپول‌های زرد رنگ گرانول‌های فوردایس در مخاط باکال ب) پلاک سفید بدون طرح در لبه زبان.

روند تغییر یک ضایعه از حالت پاپول به سمت پلاک الزاما بیانگر پدیده‌ای نگران کننده نیست و همان طور که پیشتر نیز مطرح شد این دو وضعیت می‌توانند در کنار یکدیگر نیز دیده شوند. به عنوان مثال بیماری که در برخی نواحی دارای ضایعه لیکن پلان^۱ به فرم پلاک است و در برخی نواحی دارای لیکن پلان به فرم پاپول^۲ این نماها در بیماران دچار عفونت قارچی کاندیدا آلبیکنز^۳ نیز ممکن است دیده شوند.

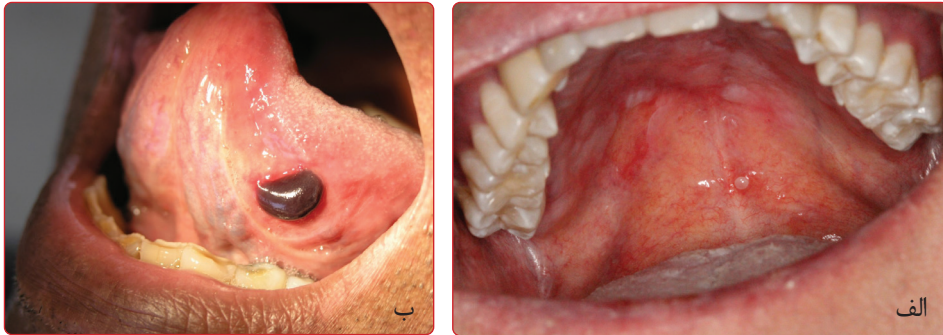
نکته مهم در خصوص این دو واژه توجه به این مسئله است که معیار، اندازه مرتبط با عرض ضایعه است و نه ارتفاع آن نسبت به مخاط یا پوست. چرا که تغییر ارتفاع در تعریف این دو اصطلاح مطرح نمی‌باشد و انتظار بر این است که پاپول و پلاک برجستگی قابل ملاحظه‌ای را در سطح ایجاد نکنند و کانتور طبیعی ناحیه درگیر، دچار تغییر نشود.

از آنجا که اغلب نماهای پلاک مانند^۴ و پاپول در حفره دهان سفید رنگ می‌باشند گاهی این شبهه پیش می‌آید که رنگ، ملاکی در تعریف این دو واژه است؛ در حالی که این گونه نیست. به عنوان مثال پاپول‌های ناشی از گرانول‌های فوردایس^۵ که تجمعی از غدد سباسه نابجا در مخاط دهان می‌باشند به رنگ زرد تظاهر می‌یابند و یا پلاک ناشی از تجمع دبری‌ها زرد و یا کرم رنگ است.

وزیکول و بول (Vesicle and Bulla)

این دو اصطلاح اشاره به حضور تاول‌هایی دارند که اگر قطر آنها کوچکتر از یک سانتی‌متر باشد به آن وزیکول و اگر بزرگتر از یک سانتی‌متر باشد به آن بول گفته می‌شود (شکل ۴).

1. Lichen planus
2. Papuler
3. Candida albicans
4. Plaque like
5. Fordyce granules



شکل ۴. الف) وزیکول سالم در مخاط کام ب) بول هموراژیک در زیر زبان.

مشاهده وزیکول یا بول چه به صورت سالم و چه به صورت تخریب شده، که اغلب همراه با آویخته‌های بافتی ناشی از پارگی تاول می‌باشند، دو دسته کلی ضایعات را به ذهن می‌آورند که عبارت‌اند از: ضایعات خودایمنی وزیکولوبولوز^۱ (پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوئید سیکاتریکال، پمفیگوئید بولوز و...) و ضایعات ناشی از عفونت‌های ویروسی (استوماتیت هرپتیک اولیه، زونا، هرپانژین و...).

ندول و تومور (Nodule and Tumor)

ندول به توده‌ای توپر در زیر پوست یا مخاط اطلاق می‌شود که بافت روی آن قابلیت حرکت دارد. در این تعریف اندازه ملاک نمی‌باشد؛ بنابراین ندول به هر اندازه‌ای می‌تواند دیده شود. در عین حال در بعضی منابع ندول به عنوان توده‌ای توپر با قطر کمتر از دو سانتی‌متر در نظر گرفته می‌شود (شکل ۵).



شکل ۵. ندول با قوام سفت در مخاط لب بالا.

تومور، فارغ از اندازه و حتی ماهیت آن مترادف با وجود یک توده در نظر گرفته می‌شود (شکل ۶). در حالی که در اغلب موارد این اصطلاح به غلط معادل واژه سرطان یا نئوپلاسم مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین هر توده‌ای چه ماهیت تحریکی داشته باشد و چه نئوپلاستیک، چه در عمق بافت باشد و چه در

سطح، چه کوچک باشد و چه بزرگ می‌تواند به عنوان تومور تفسیر شود. به عنوان مثال در تقسیم‌بندی ضایعات دهان، گروهی به نام ضایعات شبه تومور^۱ وجود دارد که اتفاقاً هیچکدام ماهیت نئوپلاستیک نداشته و صرفاً هایپرپلازی آماسی می‌باشند اما همگی در ایجاد ضایعه‌ای به شکل یک توده با یکدیگر مشابهت دارند.



شکل ۶. تومور بدخیم غده بزاقی در ناحیه خلفی-طرفی کام.

نکته‌ای که باید به آن توجه شود افتراق بین دو اصطلاح ندول و ندولار^۲ است. همانطور که گفته شد، ندول نشان دهنده وجود یک ماهیت است؛ در حالی که ندولار بیانگر یک صفت ظاهری است. نمای ندولار اشاره به وجود یک برجستگی دارد که این برجستگی می‌تواند مرتبط با یک ندول یا هر پدیده دیگری باشد. ضایعه‌ای که به صورت ندول ایجاد می‌شود بر حسب اندازه‌ای که دارد و بر حسب سطحی یا عمقی قرار گرفتنش در ضخامت مخاط ممکن است نمای ندولار ایجاد کند یا نکند. بنابراین لازم است این دو اصطلاح با دقت بیشتری در تفسیر ضایعات مورد استفاده قرار گیرند.

پوسچول (Pustule)

ضایعه‌ای است تاول مانند و حاوی چرک. بنابراین در تعریف پوسچول اندازه مطرح نیست، بلکه محتوای تاول مهم است که از این نظر با دو واژه وزیکول و بول متفاوت است.

پورپورا (پتشی و اکیموز) ((Purpura (Petechia & Ecchymosis))

پورپورا (خون مردگی) به خروج خون از رگ و قرار گرفتن آن در زیر پوست یا مخاط اطلاق می‌شود. در مواردی که قطر این ضایعات در حد یک تا دو میلی‌متر باشد به آن پتشی و اگر بزرگتر از سه میلی‌متر باشد به آن اکیموز گفته می‌شود (شکل ۷).

1. Tumor like lesions
2. Nodule and nodular



شکل ۷. پتشی‌های متعدد در مخاط کام نرم.

اهمیت افتراق این دو واژه از این جهت است که به عنوان مثال مشاهده پتشی‌های متعدد در دهان یک بیمار، اغلب ذهن دندانپزشک را به سمت وجود تروما، عادات خاص دهانی، عفونت ویروسی (بویژه اپشتاین بار ویروس^۱)، سرفه‌های مکرر، ریفلاکس^۲، تهوع‌های متعدد و اختلالات پلاکتی سوق می‌دهد. در حالی که مشاهده اکیموز بیشتر نشان دهنده اختلالات خونریزی دهنده و نقایص فاکتورهای انعقادی می‌باشد.

اروژن (Erosion)

این اصطلاح به کاهش ضخامت اپی‌تلیوم و به عبارتی به نازکی مخاط یا پوست اشاره دارد. در این شرایط مخاط دهان در ناحیه درگیر قرمزتر از اطراف دیده می‌شود. به زبان ساده‌تر اروژن همان ساییدگی است. کم شدن ضخامت مخاط دهان می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله تروما، سوختگی‌های شیمیایی و مکانیکی و حتی پاره شدن وزیکول‌ها، بول‌ها و... ایجاد شود (شکل ۸).



شکل ۸. نواحی اروژیو در لثه کامی.

1. Epstein-Barr virus
2. Reflux

زخم (Ulcer)

زخم به حالتی گفته می‌شود که اپی‌تلیوم به طور کامل کنده شده و بافت همبند زیرین آن اکسپوز شود (شکل ۹). باتوجه به ضخامت کم اپی‌تلیوم در دهان، ممکن است در مواردی نتوان بین آروژن و زخم افتراق قائل شد مگر آن که حضور غشای کاذب یا همان غشای فیبرینولوکوسیتر^۱ واضح باشد. چرا که حضور این لایه محافظ اغلب در ضایعات زخمی دیده می‌شود. گرچه حتی همین پوشش محافظ نیز ممکن است ضمن فعالیت‌های دهان کنده شود. این لایه به صورت پوششی سفید، زرد یا کرم رنگ دیده می‌شود. برداشتن این لایه با گاز استریل منجر به ایجاد نمایی فرورفته و گاهی خون چکان، همراه با درد و سوزش می‌شود که در افتراق زخم کمک کننده است.



شکل ۹. زخم‌های متقارن و غیرمتقارن به همراه غشاء کاذب زرد رنگ در مخاط کام.

کراست (Crust)

پوششی است که بر روی زخم در محیط خشک (پوست و ورمیلیون لب) ایجاد می‌شود (شکل ۱۰). این پوشش در اصل مترادف غشای کاذب یا غشای فیبرینولوکوسیتر بر روی زخم در محیط مرطوب (مخاط دهان و...) است. بر اساس عمق زخم و مدت زمانی که از آن گذشته است، کراست می‌تواند رنگ و قوام متفاوتی داشته باشد. اهمیت شناخت این پدیده از این جهت است که به عنوان مثال در یک بیماری به نام اریتم مولتی فرم^۲ ناحیه ورمیلیون لب کراست‌های وسیع، تیره رنگ و خون چکانی دیده می‌شود که در کنار سایر علائم بیماری ارزش تشخیصی بالایی دارند.

1. Fibrino leukocyte
2. Erythema multiforme



شکل ۱۰. کراست زخم اریتم مولتی فرم لب پایین.

اسکار (Scar)

بافتی است که به دنبال ترمیم نهایی زخم ایجاد می‌شود. این بافت اغلب قوامی سفت‌تر از بافت طبیعی مجاور خود دارد و از نظر رنگ، کمرنگ‌تر است. به طور کلی با توجه به خونرسانی بالای مخاط دهان، اسکار پدیده شایعی در داخل دهان نمی‌باشد. اما این نمای بالینی ممکن است گاهی به دنبال ترمیم زخم آفت ماژور^۱ و یا زخم‌های تروماتیک شدید یا نواحی وسیع جراحی دهان دیده شود (شکل ۱۱).



شکل ۱۱. اسکار ناشی از بهبود زخم در مخاط باکال.

فیستول و سینوس ترکت (Fistula and Sinus tract)

سینوس ترکت به مسیر یا کانالی اشاره دارد که یک فضای پاتولوژیک را به یک فضای آناتومیک یا محیط بیرون باز می‌کند. ولی فیستول به مسیر یا کانالی اشاره دارد که دو فضای آناتومیک را به یکدیگر متصل می‌کند. به عنوان مثال؛ راه یافتن یک ضایعه پری اپیکال ناشی از دندان غیرزنده به داخل دهان از طریق سینوس ترکت ایجاد می‌شود، درحالی که به وجود آمدن مسیری بین دهان و سینوس ماگزیلاری به دنبال کشیدن دندان‌های خلفی فک بالا، از طریق ایجاد یک فیستول است (شکل ۱۲).